JUN 19 1923

1921

AUS DEM RESERVE-LAZARETT HALLE A. S.: HILFS-LAZARETT WEIDENPLAN.
(ORDIN. ARZT DER CHIRURG. ABTG.: PROF. DR. STIEDA.)

Traumatische Gaumendefekte und ihre chirurgische Behandlung.

(Auszug aus der Arbeit.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde

einer Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

Bruno Günther
Zahnarzt aus Halle a. S.

Tag der Promotion:
21. Juni 1921.

Halle (Saale),
Walter Kersten vorm. Karl Pritschow, Harz 52,
1921.

Traumatische Gaumendefekte und ihre chirugische Behandlung.

Erst die erfolgreiche chirurgische Behandlung der congenitalen Gaumendefekte ermutigte die Chirurgen, auch erworbene, speziell traumatische, durch Operation plastisch zu decken. Während wir es bei den congenitalen Spaltbildungen mit typischen entwicklungsgeschichtlich bedingten Prädilektionsstellen zu tun haben, stellen die traumatischen Zufallsverletzungen dar. Bei Defekten dagegen, die ihre Entstehung einer luetischen, tuberkulösen Erkrankung verdanken oder nach Entfernung einer bösartigen Geschwulst entstanden sind, kommt meist nur die zahnärztliche Prothese in Frage.

In den ältesten Zeiten ist, abgesehen von einer Stelle bei Hippokrates, nichts über derartige Apparate zum Verschluß von Gaumendefekten erwähnt worden. Erst als im 15. Jahrhundert die Lues in Europa häufiger wurde, stellte sich auch die Notwendigkeit ein, diese erworbenen Defekte zu verstopfen. Man benutzte dazu zunächst Watte, dann Wachs. 1560/61 beschrieben Paré, Amadeus Lusitanus und Fallopia Obturatoren zum Verschluß derartiger Defekte. In den letzten Jahren ist der Prothesenbau mächtig gefördert worden: Parreidt, Claude-Martin, Warnekros, Suersen, Schiltzky, Meder, Brandt, Hahl, Bruck und spez. Schröder haben ganz vorzügliche Apparate konstruiert und angegeben, so daß sich auch die größeren Defekte durch gutsitzende Obturatoren so verschließen lassen, daß die

Sprache mit nachfolgendem Sprachunterricht besonders nach der Gutzmannschen Methode eine fast ungestörte ist, und daß andererseits bei der Nahrungsaufnahme nichts in den Nasenrachenraum gelangt. Doch der besten Prothese ist ein operativer Verschluß der Gaumenspalte vorzuziehen. Die Methoden desselben sind verschieden. (Z. B. Krimer, Lane, v. Dieffenbach, Brophy.) Erst der Altmeister der Chirurgie, von Langenbeck, legte mit seiner Methode den Grundstein zu den plastischen Operationsmethoden. Er löst den mukösperiostalen Ueberzug des harten Gaumens durch seitliche Incisionen ab, verschiebt ihn nach der Mittellinie und schließt auf diese Weise die congenitale Spalte. J. Wolff führte die Zweizeitigkeit der Uranoplastik ein. Diese Methode bauten dann Lane und Helbing weiter aus. Auch bei traumatischen Gaumendefekten wendet man, wenn irgend möglich, mit Vorliebe das Prinzip der als klassisch zu bezeichnenden Uranoplastik nach v. Langenbeck an mit gewissen, dem betreffenden Falle jeweilig angepaßten Modifikationen. So demonstrierte Partsch 1891 einen von ihm operierten Fall von traumatischem Gaumendefekt, geheilt durch zweizeitige Uranoplastik nach dem Verfahren von J. Wolff. Als Verbindung gewissermaßen zwischen nicht kriegs-traumatischen und kriegstraumatischen Defekten will ich noch eine durch chemische Insulte veranlaßte Gaumenperforation erwähnen, die von Chaim mit Erfolg nach der Methode von Esser operiert wurde.

Erst der Weltkrieg 1914/18 hat die enorm wichtige Frage des Verschlusses von traumatischen Gaumendefekten wieder ins Rollen gebracht. Gerade durch die vielen Kriegsverletzungen des Kopfes, der Kiefer und speziell des Gaumens lebten die plastischen Versuche wieder auf. Ganzer, Schmieden, Lickteig und Helbing haben

über sehr günstige Erfolge ihrer Gaumenplastik berichtet. Im Gegensatz zu den congenitalen Spaltbildungen haben wir es bei dem Kriegstrauma des Gaumens mit wesentlich ungünstigeren Bedingungen zu tun, weil man es fast immer mit einem Substanzverlust sowohl des Knochens, als auch der Weichteile zu tun hat. Die Ränder des Defekts sind in der Regel bis weit in den restierenden Gaumenüberzug narbig verwachsen und kommen durch Kommunikation mit der Nasenhöhle ständig in Kontakt mit Infektionskeimen. Erst nach Abschluß jeglicher Sequestierung von Knochensplittern und dem Abklingen des chronischen Entzündungsprozesses der Schleimhaut (völliger Vernarbung) darf überhaupt erst an die Vornahme plastischer Operationen herangegangen werden, um zu verhüten, daß die mobilisierten Weichteillappen der Nekrose anheimfallen, zumal dieses narbige Gewebe an sich nur eine vita minima besitzt. Je nach den alsdann vorliegenden Verhältnissen (Größe und Sitz des Defektes, Ausdehnung der Narbe in der näheren und weiteren Umgebung evtl. anderweitiger Komplikationen) muß man unter den einfacheren bezw. komplizierteren plastischen Methoden die Wahl treffen, um das gesetzte Ziel zu erreichen. Da oft klein erscheinende Defekte nach gründlicher Excision der Narbenzüge einen wesentlich größeren Defekt darstellen, den zu decken bei der hochgradig narbig-schwieligen Beschaffenheit der Schleimhaut in der Nachbarschaft große Schwierigkeiten bereitet, und da für seitliche Verschiebung im Sinne L a n e s oder für Bildung von Brückenlappen nach v. L a n g e n b e c k die noch am Gaumen vorhandene Schleimhautperiostdeckung nicht ausreicht, ist es erklärlich, daß viele Autoren versuchten, gutes vascularisiertes zweckentsprechendes plastisches Material aus der weiteren Umgebung heranzuholen. Zur Deckung des Defektes nahm Material aus un-

mittelbarer Nachbarschaft: v. Langenbeck (Gaumenmaterial) für congenitale Defekte, Ganzer und Lautenschläger für traumatische Defekte, Délorme, Rosenthal und Lautenschläger (Lippen- bezw. Wangenschleimhaut), Regnoli und Rose (Lippe), Gersuny (Zunge), Schoenborn (hintere Rachenwand), Lannelongue und Sabatier und neuerdings auch Ganzer (Vomerschleimhaut), Kraske (Nasenmuscheln), Thiersch und Rosenthal (Wange), Blasius, v. Nußbaum, Rotter, Bardenheuer (Stirn). Aus weiterer Umgebung außerhalb der Mundhöhle entnahm anlehnend an die italienische Methode der Rhinoplastik (Tagliacozza) v. Eiselsberg einen zungenförmigen Lappen aus dem Unterarm. Dieses Verfahren wurde von Rosenthal und Ganzer wieder aufgenommen und weiter ausgebaut. Die Unterarmlappenmethode verbesserte Ganzer wesentlich, indem er den Armlappen sehr lang bildete, diesen am Ende umklappte und teilweise vernähte. Nach Epithelisierung der Wundfläche zog er den reichlich langen Lappen durch die Wange. Dabei konnte so eine wesentlich bessere Fixierung des Armes und besserer Zugang zu dem Gaumendefekt erzielt werden. Der von Kausch gemachte Vorschlag, den Daumen zunächst in eine Tasche der Bauchhaut einzunähen und ihn dann mit einem daran haftenden angeheilten Teile der Bauchhaut in den Gaumendefekt einzulegen, hat wegen des etwas komplizierten Eingriffs keine Anhänger gefunden. Die 1915 von Rosenthal veröffentlichte Methode, einen Lappen aus der ganzen Dicke der Wange zu bilden, brachte m. E. eine wesentliche Verbesserung. R. hat diese Methode mit gutem Erfolg in 20 Fällen an Kriegsverletzten angewandt und sie zu einer fast typischen Operation für bestimmte mittelgroße, querverlaufende Defekte ausgebaut. Die seit Mit-

teilung dieser Methode vergangene Zeit gestattete eine gute Kontrolle der Resultate, und es zeigte sich, daß der auf plastischem Wege hergestellte Gaumen eine sehr feste Konsistenz annahm. R. bestätigte so die Beobachtung Délormes des Ueberwucherns knochenbildender Elemente aus dem benachbarten Knochen in das zur Ueberbrückung verwandte Material. Ein wesentlicher Fortschritt wurde durch Esser erzielt. Um den Augularis-Abschnitt der Arteria maxillaris externa in seinen Lappen hineinzubekommen, legte Esser den Schnitt in den Sulcus nasolabialis. Es ist erstaunlich, wie viel Material man ohne kosmetische Schädigung auf diese Weise dem Gebiet der Nasolabialfalte entnehmen kann. Die Essersche Methode ist der Rosenthals dadurch überlegen, daß der so lästige Haarwuchs der Wangenhaut im Munde fortfällt, den Rosenthal allerdings dadurch zu beheben sucht, daß er kurze Zeit vor der Operation den entsprechenden Wangenabschnitt auf elektrolytischem Wege epiliert. Auch ist sie viel schonender, weil eine evtl. Verletzung des Ductus Stenonianus leichter vermieden wird, Facialis-Aeste geschont verden und ganz besonders die Ernährung des Lappens durch den Angularis-Teil der Arteria maxillaris externa gesichert ist. Ueber eine neue Art des Verschlusses traumatischer Gaumendefekte berichtet Schläpfer, die Operationsmethode von Payr beschreibend, der aus der vorderen unteren Halsgegend einen gestielten Hautlappen verwendet. Schon v. Eiselsberg bediente sich einer ähnlichen Methode bei einem angeborenen Gaumenspalt mit Erfolg. Auch Kappis wandte ganz unabhängig von der Methode Payrs die Uranoplastik mit gestieltem Hautlappen vom Halse her an. Soerensen empfiehlt einen Halshautlappen mit Einlage eines Periostknochenlappens vom Schlüsselbein. Zwecks Verschlusses ganz

großer Defekte beschreibt Chaim eine Methode, die er mit Erfolg angewandt hat. Er sucht durch Bildung eines Doppellappens aus Brust- und Armhaut bei unterernährten Patienten ein fettreiches, gut durchblutetes Material zur Deckung zu erhalten. Dadurch nun, daß er den Doppellappen nicht gleich durch die Wange zieht, sondern zunächst in einen Schlitz derselben einnäht — gleichsam als Wanderlappen —, glaubte er noch größere Garantien für die Anheilung und größere Annehmlichkeiten für den Patienten erzielen zu können.

Die bisherigen Methoden, Gaumendefekte plastisch zu verschließen, überblickend, muß man sagen, daß die v. Langenbecksche Operation bei congenitalen Spaltbildungen die besten Resultate gibt. Für sehr breite congenitale Spalten empfiehlt sich Lanes Verfahren. Bei traumatischen Defekten hat sich von den in vorliegender Arbeit erwähnten und näher beschriebenen Methoden besonders der plastische Verschluß des Defektes durch Wangenhaut (Rosenthal) bezw. durch einen Hautlappen aus der Gegend der Nasolabial-Falte (Esser) bewährt, oder der Lappen aus der Halshaut nach der von Schäpfer beschriebenen Methode Payrs. Der Fall, welcher für die vorliegende Arbeit die Veranlassung gab, wurde nach der Methode von Esser mit bestem Erfolge operiert. Von zahnärztlicher Seite ist unbedingt für die Anfertigung eines geeigneten Aufbisses zu sorgen, falls nicht eine genügend breite Zahnlücke Gewähr dafür bietet, daß die Blutzufuhr in dem verlagerten Lappen in regelrechter Weise stattfindet. So zeigt sich auch bei der Behandlung der Gaumenverletzten das Ersprießliche der gemeinsamen Arbeit des Chirurgen und des Zahnarztes.